FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966 N°

THÈSE

924

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

ALLOY André, Yves, Jules,

Né le 18 Mai 1920, à Paris (15e)

Présentée et soutenue publiquement le

LE SYNDROME DIT DE PROCTALGIES FUGACES.

APPORT DE L'ARTÉRIOGRAPHIE SÉLECTIVE DANS LA RECHERCHE DE SA PATHOGÉNIE

Président : Mr. Ch. DEBRAY, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1966

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

ALLOY André, Yves, Jules,

Né le 18 Mai 1920, à Paris (15e)

Présentée et soutenue publiquement le

LE SYNDROME DIT DE PROCTALGIES FUGACES.

APPORT DE L'ARTÉRIOGRAPHIE SÉLECTIVE DANS LA RECHERCHE DE SA PATHOGÉNIE

Président : Mr. Ch. DEBRAY, Professeur.

UNIV. LEIDEN BIBL.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1966

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546018_0018

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART d'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN..... Georges BROUET

1er ASSESSEUR :..... Daniel BARGETON
2me ASSESSEUR :..... Jean GOSSET

I.- PROFESSEURS

1°)- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a)- Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
- -	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- -	DOGNON (A.)

MM.

Biophysique médicale ..... DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale ..... DENOIX (P.)
Chimie pathologique ..... SCHAPIRA (G.)
Embryologie ..... TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale ..... LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..... COURY (Ch.)
Histologie ..... GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive ..... BOYER (J.)
Médecine du Travail ..... DESOILLE (H.)
Médecine légale ..... DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie) ..... FASQUELLE (R.)
Parasitologie ..... BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale ..... LAURENCE (G.)
- - ..... KUSS (R.)
- - ..... VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique ..... N...
Pathologie expérimentale et comparée ..... MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale ..... LAROCHE (Cl.)
- - ..... BRICAIRE (H.)
- - ..... PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire ..... TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales ..... N...
Pharmacologie ..... CHEYMOL (J.)
- ..... LEVY (Mlle J.)
Physiologie ..... BARGETON (D.)
- ..... PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales ..... LEPAGE (F.)
Radiologie médicale ..... DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..... CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique ..... CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée ..... LAMOTTE (M.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique ..... OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique ..... NEZELOF (Ch.)
Bactériologie ..... BARBIER (P.)

MM.

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) / RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) / SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.) / ROUCAYROL (J.-Cl.) / TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2°)- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
- - (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
(-	N...
(Cochin	LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	SICARD (A.)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
- - - (Foch)	PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)

MM.

Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..... LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca) ..... HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) ..... DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) ..... TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..... MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) ..... DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker) ..... HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) ..... CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales (Bicêtre ..... DEPARIS (M.)
(Broussais ..... MILLIEZ (P.)
(Cochin ..... BROUET (G.)
(Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M.)
(Lariboisière ..... SEZE (S. de)
(Pitié ..... DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine ..... KOURILSKY (R.)
(Saint-Antoine ..... BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..... MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) ..... JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ..... DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière) ..... GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque ..... LACOMME (M.)
(Saint-Antoine ..... MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..... VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ..... OFFRET (G.)
- - (Cochin) ..... BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)

MM.

Clinique de pédiatrie ..... MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) ..... THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) ..... BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..... MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..... COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière) ..... DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..... ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..... LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique ..... GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré) ..... JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin) ..... ABOULKER (P.)
- - (Necker) ..... COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..... LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin) ..... DOMART (A.)
- - (Lariboisière) ..... BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié) ..... RAMBERT (P.)
- - (Rothschild) ..... WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais) ..... POILLEUX (F.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Hématologie ..... (ANDRÉ (R.)
(BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie ..... GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses ..... BASTIN (R.)
(AZERAD (E.)
(BOUR (H.)
(GROSSIORD (A.)
Médecine ..... (LAMBLING (A.)
(LAUNAY (Cl.)
(PAYET (M.)
(PERRAULT (M.)
(SIGUIER (F.)
(WORMS (R.

MM.

Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.) / ROYER (P.)
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.) / MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) / GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) / GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III.- PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s.Ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. Ch.

IV.- PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (C.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr. SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Ch. D E B R A Y

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux de Paris

Chef de Service de l'Hôpital Bichat

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse,

Hommage respectueux et profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur HERNANDEZ

Attaché d'Electro-Radiologie des Hôpitaux

Dont la compétence n'a
d'égale que l'affabilité,

Ce témoignage de vive
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur ROBERT

Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph

Chef de Service de Gastro-Entérologie

En témoignage de reconnaissance pour ses enseignements et ses conseils.

A Monsieur le Docteur PRADEL

Médecin-Assistant de Gastro-Entérologie
à l'Hôpital Saint-Joseph

Qui a bien voulu nous conseiller pour ce travail et qui a mis à notre disposition les observations de son Service,

Notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur BRECHOT

Médecin-Assistant de Gastro-Entérologie
à l'Hôpital Saint-Joseph

Pour la sympathie qu'il nous a témoignée et les enseignements qu'il nous a dispensés.

A TOUS MES MAÎTRES

LE SYNDROME DIT DE PROCTALGIES FUGACES

APPORT DE L'ARTÉRIOGRAPHIE SÉLECTIVE

DANS LA RECHERCHE DE SA PATHOGÉNIE

INTRODUCTION

Nous avons au moins deux raisons majeures de nous intéresser aux Proctalgies fugaces, affection bénigne s'il en est, et sans substratum anatomique.

C'est d'abord une affection douloureuse, avec parfois des paroxysmes insupportables.

Ensuite, comme tout phénomène anormal et répété de la sphère rectale, elle conduit rapidement le patient à un état de cancérophobie. Il s'agit donc de soulager physiquement et moralement le malade.

Toutefois, cette affection serait bien rare.

Voire.

Elle semble faire partie de ces syndromes que l'on découvre plus nombreux au fur et à mesure qu'on les connaît mieux.

L'anamnèse en impose le plus souvent le diagnostic. Elle doit donc être présente à l'esprit du Praticien.

Rassembler ce qu'on en sait, émettre une hypothèse sur l'étiopathogénie, en proposer un traitement, sera notre propos.

DEFINITION

La Proctalgie fugace est faite de crises douloureuses rectales, parfois sévères, habituellement nocturnes, apparaissant en dehors de tout désordre organique, sur des sujets d'âge moyen, et caractérisées par leur courte durée.

Elle apparaît brutalement et sans prodromes, à intervalles irréguliers, sur un sujet le plus souvent en parfaite santé.

Elle disparaît de même, en laissant parfois une lassitude intense.

HISTORIQUE

Aux Auteurs anglo-saxons revient le mérite d'avoir identifié cette affection, dont la première description avait été attribuée à CURLING en 1871, mais sa "névralgie rectale" ne ressemblait pas à la proctalgie fugace.

Il est classique d'attribuer le parrainage de la proctalgie fugace à MYRTLE qui, en 1883, a décrit "une affection purement névrotique, d'attaques incisives survenant à de longs intervalles. Le sujet semblant au mieux de sa forme se met au lit et s'éveille au cours de la nuit avec une douleur du sphincter qui le fait gémir et grimacer".

WALLIS, en 1909, a rapporté le cas d'un jeune homme hypernerveux qui avait parcouru le monde à la recherche d'un médecin qui le soulage de crises de douleurs rectales effroyables. WALLIS dit qu'il en aurait trouvé la cause dans un récessus sous-muqueux, partant des cryptes de Morgagni, et dont l'excision aurait amené la disparition des symptômes. Mais une lecture attentive de son rapport sur les maladies rectales montre que ce cas était certainement une proctalgie fugace.

PYBUS, en 1910, envoya au B.M.J. un rapport bien informé sur la "Rectalgie nocturne". Par malheur, cette étude ne fut pas publiée et resta pendant quarante ans dans les tiroirs, d'où elle fut exhumée en 1953 par EWING, qui la cita.

En 1917, Mc LENNAN décrivit des crises douloureuses rectales d'origine non tabétique, à une époque

où le "tabes dorsalis" était chose courante et non pas une rareté comme à présent.

Le terme de proctalgie fugace est dû à THAYSEN, en 1935. C'est à ce dernier que revient le mérite d'avoir isolé cette affection du groupe des névralgies.

D'autres appellations avaient été proposées :

- "Rectalgie nocturne",
- "Névralgie rectale",
- "Spasme douloureux rectal", etc...

Seul a été retenu le terme de "proctalgie fugace", car il donne de l'affection une définition précise, sans inférer quoi que ce soit quant à son étiologie.

A THAYSEN donc revient le mérite de nous avoir donné une bien meilleure connaissance de la maladie.

"La douleur survient la nuit ou le jour, à intervalles irréguliers, sur un sujet en parfaite santé.

Elle disparaît spontanément et sans séquelles, si ce n'est une lassitude.

Sa localisation est rectale, au-dessus de l'anus, toujours à la même place pour le même patient, mais différant suivant les sujets.

Elle est d'intensité variable, parfois syncopale, de durée brève (quelques secondes), le plus souvent constante chez le même patient.

A type de pesanteur, de crampe, de morsure, souvent associée à une sensation de pesanteur épigastrique ou précordiale avec "gasps", donnant une impression de gravité.

Non précédée ni suivie de ténesme ou de paresthésies de la région anale.

Rarement irradiante."

A la suite de THAYSEN, de nombreux auteurs se

sont intéressés à la proctalgie fugace, en particulier :

- BLITH (1935),
- BOLEN (1943),
- KARRAS et ANGELO (1951),
- MURRAY (1951),
- BULL (1952),
- TIDY (1952),
- EWING (1953),
- G. FAROY (Paris, 1954),
- J. PENNEAU (Paris, 1959),
- DOUTHWAITE (1962),
- DACCAGH (1963),
- MILSTEIN (1964).

Plus près de nous, enfin, BENSAUDE, lors du dernier Congrès de Gastro-entérologie de Bruxelles (Symposium sur les Affections douloureuses neurogènes de la sphère ano-rectale - Avril 1965).

FREQUENCE

L'affection semble beaucoup plus commune qu'il n'est rapporté dans la littérature. Le nombre des cas cités était de 150 en 1956 ; on en connait actuellement, en 1966, plus de 300. Donc le double en dix ans.

On ne trouve pas trace de ce syndrome dans beaucoup de Traités de médecine et de chirurgie et il semble encore inconnu de bien des praticiens.

D'un autre côté, un certain nombre de médecins écrivent en avoir vu un ou deux cas seulement pendant leur vie professionnelle.

Il est toutefois significatif que la majorité des lettres adressées aux publications médicales et traitant de la proctalgie fugace relatent en majorité l'expérience personnelle de médecins souffrant eux-mêmes de cette affection :

- six des dix cas de THAYSEN (1935),
- six des dix cas d'EWING (1956),
- quatre des quinze cas de ZANGL,
- plusieurs cas d'IBRAHIM (nombre exact non précisé), etc...

On peut expliquer cette fréquence apparente dans la profession médicale de deux façons différentes :

1)- ou bien les médecins y sont particulièrement sujets ;

2)- ou bien le mal est beaucoup plus répandu

que nous ne le suspectons, mais, ne causant pas d'incapacité importante, son incommodité n'est le plus souvent pas suffisante pour pousser le malade à consulter.

Cette seconde proposition a des chances d'être la bonne, un médecin consultant plus facilement un confrère que les malades, et quand on sait la répugnance de ces derniers à accepter un toucher rectal...

Il est certainement vrai que la maladie est plus fréquente chez les intellectuels :

1)- A l'hôpital général du Caire, où les patients sont de classes pauvres, IBRAHIM (1961) rapporta un seul cas : un instituteur opéré par erreur d'hémorroïdes, supposées responsables de la douleur, et chez qui la douleur est restée inchangée.

2)- Chez les étudiants de l'Université du Caire, la situation fut toute autre : les proctalgies fugaces composaient 4 % des affections rectales, sur des malades âgés de 16 à 26 ans, tous du sexe masculin. Ils s'inquiétaient du manque de sommeil juste avant les examens de fin d'année.

3)- En clientèle privée, sur 1 % d'affections rectales, seulement 5 cas de proctalgie fugace, sur des patients âgés de 33 ans en moyenne. Il n'y a pas de raison valable de croire qu'elle est moins fréquente en ville qu'à l'Université.

4)- L'interrogatoire poussé a permis également à IBRAHIM de découvrir spectaculairement une proctalgie fugace chez dix sujets qui avaient omis de la signaler.

La plupart des auteurs sont d'accord pour penser que les hommes sont atteints plus souvent que les femmes, presque deux fois plus, suivant certains (Mc EWIN, 1956).

La fréquence maxima dans la vie d'un adulte se situe entre 20 et 50 ans, mais beaucoup de rapports

signalent que l'affection peut débuter dans l'enfance (Biologist, 1952).

Par contre, il n'est pas signalé de malade ayant débuté la maladie dans les dernières décades de sa vie.

Il y a souvent une distribution familiale : le père, la mère et quelques enfants étant atteints (LYNCH, 1931 - HURST, 1943). Le fait que l'on rencontre la maladie chez le mari et chez la femme avec une fréquence égale incite à penser qu'il existe une cause autre que génétique.

RAPPEL D'ANATOMIE

Portion fixe du gros intestin, le rectum s'étend de la troisième vertèbre sacrée à l'anus.

Il décrit d'abord une courbe à concavité antéro-supérieure qui épouse la concavité sacrée ; puis, au niveau du releveur, il se coude à angle droit et se dirige en arrière et en bas.

Le releveur sert de frontière à deux régions d'origine embryologique différente. Au-dessus du releveur, l'ampoule rectale dérive de l'intestin terminal, alors que la portion sous-jacente, le canal anal, dérive de la segmentation du cloaque.

Le rectum a une longueur de 12 à 15 cm, dont 2 à 3 cm pour le canal anal et 10 à 12 cm pour l'ampoule rectale.

L'ampoule rectale est de dimensions très variables, car elle se laisse aisément distendre.

Intérieurement, la configuration rectale est assez tourmentée ; on y trouve :

- des replis transversaux permanents, les valvules de Houston ;
- six à huit saillies verticales, les colonnes de Morgagni ;
- reliant ces colonnes, les valvules de Morgagni.

Le rectum est entouré d'une gaine fibro-séreuse;

entre celle-ci et la musculeuse rectale, existe un espace, utilisable comme plan de clivage, où cheminent les vaisseaux du rectum.

RAPPORTS

L'ampoule rectale est en rapport, latéralement et par l'intermédiaire de sa gaine, avec le compartiment vasculaire très important de l'espace pelvi-sous-péritonéal : artère hémorroïdale moyenne, vaisseaux hypogastriques, et le plexus sacré.

MOYENS DE FIXITE

Le releveur est le moyen essentiel de fixité du rectum, qui est également soutenu par les lames sacro-recto-génitales qui lui forment une sorte de hamac.

VAISSEAUX

Trois pédicules principaux :

1)- Pédicule hémorroïdal supérieur.

En avant du rectum, l'artère mésentérique inférieure se bifurque en deux artères hémorroïdales supérieures (à la hauteur de la 3me vertèbre sacrée), une droite et une gauche.

Les veines hémorroïdales supérieures suivent à peu près la distribution artérielle. Elles sont avalvulées et constituent l'origine de la veine mésentérique inférieure, à destination porte. MONDOR fait remarquer qu'à cet endroit, également siège de gros ganglions, les veines hémorroïdales supérieures surcroisent les artères.

2)- Pédicule hémorroïdal moyen.

Il naît habituellement du tronc antérieur ou ischio-honteux de l'hypogastrique ; elle soulève la tente de l'hémorroïdale moyenne qui constitue l'aileron moyen du rectum.

Les veines hémorroïdales moyennes ont un trajet semblable aux artères.

3)- Pédicule hémorroïdal inférieur.

Il provient de la honteuse interne ; il y a, en général, deux ou trois artères hémorroïdales inférieures. Les veines sont multiples.

ANASTOMOSES

De nombreuses anastomoses existent entre les artères du rectum par des troncs rampant à la surface du rectum et par des réseaux sous-muqueux.

Les veines du rectum prennent leur origine dans le plexus sous-cutanéo-muqueux du canal anal et dans le plexus sous-muqueux de l'ampoule..

Ces plexus d'origine communiquent largement entre eux. L'anatomie des veines de cette région appelle une réflexion : en effet, si le plexus sous-muqueux peut déverser son sang dans toutes les veines hémorroïdales, en réalité sur les veines hémorroïdales supérieures tributaires du système porte, il n'y a pas de valvules, tandis que, sur les deux autres groupes de veines, tributaires du système cave, il y a des valvules disposées de manière à ce que le sang aille de préférence vers le système porte.

On peut donc conclure que la vraie voie veineuse de tout le rectum est la circulation porte et que les autres ne sont que des voies accessoires.

NERFS

Le système végétatif est représenté, à l'étage pelvien, par le plexus hypogastrique situé sur les faces latérales du rectum et de la vessie. Il est constitué de fibres ortho- et para-sympathiques.

Les fibres ortho-sympathiques, provenant des deux ou trois premiers ganglions lombaires, descen-

dent sur la face antérieure de l'aorte, puis du sacrum. Ces deux troncs nerveux se rapprochent l'un de l'autre et sont unis de plus l'un à l'autre par le lacis des fibres qui proviennent du plexus solaire. Cette réunion forme la lame plexiforme, ou nerf présacré.

Au-dessous du promontoire, cette lame se divise pour constituer le contingent ortho-sympathique de chaque plexus hypogastrique. Elle reçoit également sur son trajet quelques rameaux gris provenant des ganglions sacrés.

Les fibres issues du parasympathique sacré sortent de la moelle avec les deuxième, troisième et quatrième racines sacrées antérieures qui constituent le plexus honteux.

La plupart de ces fibres végétatives se détachent du plexus honteux pour aborder directement le plexus hypogastrique ; ce sont les nerfs pelviens, appelés également nerfs érecteurs, parce qu'ils contiennent des fibres vaso-dilatatrices destinées aux corps caverneux.

Ce plexus fournit ainsi toute l'innervation végétative du rectum, de la portion sus-valvulaire de l'anus, de la vessie, du vagin, de l'utérus, des vésicules séminales et de la prostate, ainsi que l'urètre, des corps caverneux et des vaisseaux de la région.

Des processus pathologiques neurogènes pourront ainsi entraîner des perturbations au niveau de plusieurs de ces structures.

Le plexus hypogastrique contient également des fibres sensitives, gagnant la moelle par le plexus honteux ou par le nerf présacré.

L'innervation sensitivo-motrice de la région dépend essentiellement du plexus honteux (S2 - S3 - S4) et du plexus sacro-coccygien (S5 et nerf coccygien).

C L I N I Q U E

La synthèse des travaux de ces trente dernières années, consacrés à la proctalgie fugace, fait apparaître, à grands traits, un portrait typique.

TERRAIN

En face du médecin est assis un homme d'âge moyen, la quarantaine, solide, en bonne santé apparente.

Il est, en général, marié, père de famille.

C'est un "cadre" qui a des responsabilités ; il est hyperconsciencieux, hypertonique et soucieux, bien souvent anxieux. Il parle d'abord de troubles habituels : c'est un constipé chronique, un colitique ; il est porteur d'hémorroïdes..., tout ceci restant le plus souvent sur le mode mineur.

Puis, vient une phrase en apparence anodine : "Docteur, depuis un certain temps, j'ai des douleurs la nuit dans le fondement". Les paroles sont mesurées, mais les mouvements des mains et l'inquiétude du regard démentent ce calme apparent. Sous-jacente, se révèle la crainte du cancer.

LES CAUSES DECLENCHANTES

Le plus souvent, le malade traverse une période de dépression, de fatigue intellectuelle ou physique.

Alors, une frustration ou un excès sexuel (éjaculations répétées à moins d'une heure), une station assise prolongée sur un siège dur, des efforts de dé-

fécation violents lors de constipation opiniâtre vont précipiter les événements.

L'ACCÈS DE PROCTALGIE

Dans sa forme la plus commune, l'accès est parfois diurne, mais le plus souvent il survient la nuit et plus précisément dans la deuxième moitié de celle-ci.

Le sujet est réveillé de son sommeil par une sensation d'inconfort qui, sur le même individu, a toujours la même localisation dans le rectum, ordinairement de 7 à 10 cm au-dessus de l'anus.

D'abord, gêne peu importante, la douleur croît rapidement, par vagues, dans les minutes qui suivent. Elle est toujours vive, à type de crampes, parfois de transfixion, d'empalement, avec une sensation de plénitude de la lumière rectale.

Elle reste localisée au rectum.

Le plus souvent, la douleur est supportable, d'intensité moyenne ; elle entraîne cependant la recherche de positions antalgiques, de petits moyens de soulagement :

- position genu pectorale,
- ferme pression sur le périnée,
- bain de siège chaud, etc...

La littérature est riche en moyens fort originaux, sinon efficaces.

Les crises - c'est heureusement rare - sont parfois assez violentes pour arracher des cris aux malades. La douleur est alors sans rémission, excruciante, parmi les plus cruelles qui soient. Elle irradie vers le sigmoïde, la fosse iliaque gauche.

A l'acmé de ces paroxysmes, le malade se sent complètement incapable de bouger; même dans un lit, il évite tout mouvement, dans un contexte de sueurs froides, nausées, pâleur, angoisse, vertiges, lipo-

thymies et parfois syncopes.

Aussi brutalement qu'elle avait commencé, la crise se termine après quelques minutes, un quart d'heure, rarement une heure, avec des flatulences.

Le patient, épuisé et euphorique, s'endort à nouveau ; quelquefois, la douleur s'atténue sans disparaître, laissant la place à un endolorissement assez vif qui s'estompera au bout d'un temps plus ou moins long.

Un autre type de phénomènes douloureux se superpose au schéma précédent.

Il s'agit de douleurs fulgurantes, "en éclair", durant une à deux secondes, d'apparition brusque, sans lieu ni horaire, excessivement douloureuses.

Les patients, pour les décrire, parlent de "coups de poignard", de "tenailles", de "braises de feu".

Elles peuvent être diurnes ou nocturnes.

La description la plus parlante appartient à un médecin qui décrit "une douleur sourde, battante, tordante, déchirante, angoissante, comparable à rien sur cette terre, comme si une grosse pierre dure cherchait à sortir du rectum".

RYTHME

Les crises se produisent à intervalles irréguliers, avec parfois une interruption d'un an et plus. Toutefois, elles surviennent communément plusieurs fois par an.

DURÉE

Le cycle entier dure de quelques minutes à une demi-heure, rarement plus d'une heure. La période d'accalmie entre les crises peut être assez longue

pour laisser croire au malade que le précédent épisode était le dernier.

Ces intervalles varient de quelques semaines à quelques mois.

SIGNES ASSOCIES

Pendant les accès, en dehors d'états de choc, de collapsus, on a décrit des sensations pénibles de pesanteur épigastrique ou rétro-sternale, des faux besoins.

Il est à noter que les tentatives d'évacuation pendant la crise sont rarement suivies de résultat et ont pour effet d'exacerber la douleur. L'évacuation est impossible, même pour les gaz. La miction est alors rarement possible.

LESIONS

Plusieurs patients étant médecins ont fait, pendant leur crise, une self-exploration digitale. Ils n'ont pas trouvé de spasme du sphincter, ni rien d'anormal.

Il est classique de citer BOLEN (1943) qui, le premier, eut l'occasion de pratiquer une rectoscopie sur un malade en crise. Il vit une muqueuse rouge et oedématiée avec une jonction recto-sigmoïdienne fermée et difficile à passer. Après qu'il eut "tourné le coin", des gaz s'échappèrent. La pression sur le releveur déclenchait un spasme léger.

Mais rien de tout cela n'est si insolite et l'intérêt de cette observation est seulement historique.

La proctalgie fugace est faite d'une douleur isolée. Aucune lésion anatomique n'a pu être mise en évidence.

FORMES CLINIQUES

En dehors des formes majeures, précédemment décrites, il existe des formes mineures qui sont, à notre avis, une des manifestations les plus courantes de la maladie. La gêne plutôt que la douleur, la fugacité, l'absence de séquelles, l'intervalle parfois fort long entre les crises font que le patient ne consulte pas à ce sujet, ou omet d'en parler.

En général, les accès violents sont espacés, les crises moins graves, plus fréquentes.

Les accès peuvent être diurnes, fréquemment en fin d'après-midi ou bien le soir, où ils peuvent débuter par de vagues symptômes prémonitoires, tels qu'une sueur froide (Biologist, 1952).

IBRAHIM (1961) décrit ainsi, comparant la proctalgie fugace à l'épilepsie, des atteintes de "haut mal" précédées d'une aura bien définie, et des attaques de "petit mal".

Les accès peuvent se produire durant la vie entière (BETT, 1952).

On n'a pas entendu parler de malade qui ait débuté sa maladie dans les dernières décades de sa vie.

EVOLUTION

Au début de la maladie, les accès évoluent sur le mode mineur. Ainsi qu'il en est pour la migraine, les accès tendent à diminuer en fréquence et en gravité au fur et à mesure que l'âge avance, pour disparaître complètement vers la cinquantaine ou au début de la vieillesse (TIDY, 1952).

SEQUELLES

Il n'existe pas de séquelles, excepté une sensation profonde de fatigue et de soulagement. Pas de

troubles de la fonction intestinale, pas de constipation, de diarrhée, de ténesme de la région rectale ni de la région anale.

ASPECTS PSYCHO-PATHOLOGIQUES

Au moins deux ou trois facteurs communs sont présents dans tous les cas :

- le type de personnalité,
- la coexistence d'autres désordres fonctionnels,
- la prédisposition familiale.

La personnalité est identique à celle du migraineux, celle du perfectionniste irritable. Les crises de proctalgie fugace sont plus fréquentes dans les périodes de soucis, tension, fatigue, dépression.

Il est intéressant de noter (Mc EWIN, 1956) que les atteintes de migraine et de proctalgie fugace tendent à se produire chez certains sujets lorsque ceux-ci se sentent en bonne santé physique et mentale. Toutefois, cette sensation est essentiellement subjective et cet état mental peut varier de la paisible sensation de bien-être à l'hypomanie, ceci dépendant de la personnalité individuelle du sujet. Mais, dans tous les cas, le sujet se sent bien et c'est pendant qu'il est dans cet état que se produit l'atteinte de proctalgie fugace.

Statistiquement, la coexistence de proctalgie fugace avec des désordres, la migraine, l'asthme, l'alopécie, les céphalées est frappante. On relève de façon moins fréquente : colon irritable et eczéma.

MURRAY (1952) pense qu'il y a peu de différence, sauf dans le viscère atteint, entre la proctalgie fugace, les gastralgies, entéralgies, colites spasmodiques, fausse angine, certains asthmes et certaines dysménorrhées et bien d'autres affections psychosomatiques.

D I A G N O S T I C

Le diagnostic de proctalgie fugace ne doit être posé qu'avec les plus grandes précautions, même lorsque l'historique est complet et typique, et l'on doit d'abord éliminer par un examen poussé toute autre cause de douleur.

Nous avons vu, par ce qui a précédé, que la proctalgie fugace est un syndrome subjectif, sans substratum anatomique, sans émissions anormales, entièrement indépendant de la défécation.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le carcinome rectal se révèle typiquement par des faux besoins, des évacuations anormales se produisant à l'occasion de ces faux besoins ou mêlées aux selles normales, des douleurs sous forme d'épreintes ou coliques recto-sigmoïdiennes, des hémorragies de sang rouge précédant ou enrobant les selles.

Mais il est des formes plus trompeuses, d'où l'importance du toucher rectal et de la recto-sigmoïdoscopie systématiques.

Les douleurs de la névralgie ano-rectale sont à type de brûlures avec paroxysmes, durent plusieurs heures et irradient vers le pelvis et les cuisses. Elles ne sont pas modifiées par la défécation. Le repos au lit, la station assise calment les douleurs, d'où le nom de "névralgie rectale orthostatique".

Les algies fissuraires sont bien particulières:

- douleur atroce au moment de la selle, durant quelques secondes,
- accalmie de quelques minutes,
- réapparition de la douleur pendant six à huit heures.

Les hémorroïdes, dont les hémorragies arrosent les selles ou les suivent, ne sont senties qu'en cas de distension ou d'inflammation. L'inspection locale fait le diagnostic.

Elles coexistent fréquemment avec la proctalgie fugace.

Enfin, les proctalgies fugaces seront facilement différenciées des coccycodynies dont les deux symptômes essentiels sont :

- la douleur de l'interligne sacro-coccygien
et - le spasme douloureux des muscles coccygiens et du releveur de l'anus, ressenti des deux côtés.

TRAITEMENT

En l'absence d'une étiologie définie, de multiples traitements ont été essayés avec des succès divers.

En premier lieu, la physiothérapie : bains chauds, soit bains de siège, soit bains complets.

Compression locale sur un corps dur ou sur le talon (en position de Yoga).

L'un et l'autre semblent apporter au patient un soulagement appréciable.

Citons encore les ondes ultra-courtes, l'ionisation locale, les ultra-sons, essais fragmentaires sans résultats bien nets.

La chirurgie :

Des malades, las de souffrir, se sont adressés au chirurgien. On ne saurait trop mettre en garde ce dernier contre les pièges de la région anale, et une intervention à visée causale semble contre-indiquée.

Cependant, les auteurs anglo-saxons ont préconisé, dans les formes graves de la proctalgie fugace, la résection du plexus pelvien de Frankenhausen (plexus hypogastrique inférieur). Les indications d'une telle opération doivent être rares et il est d'ailleurs difficile de juger de son efficacité.

La psychothérapie :

Nombreux sont les auteurs pour qui la proc-

talgie fugace relève de la psycho-somatique. Ils ont traité leurs malades comme des cancérophobes, hypochondriaques ou anxieux :

- en les rassurant,
- en évitant les examens répétés, susceptibles d'alarmer le sujet,
- en prescrivant des antibiotiques,
- en détectant les causes d'une anxiété sous-jacente,
- en permettant au malade d'exprimer son agressivité refoulée.

APPORT PERSONNEL.

Dans les cas de proctalgies fugaces que nous présentons, chaque fois que cela a été possible, une artériographie sélective a été pratiquée par Monsieur HERNANDEZ.

o o

RAPPEL DE L'ASPECT ARTERIOGRAPHIQUE NORMAL

1)- Le temps artériel.

De 0 à 3-4 secondes.

On identifie successivement le tronc des mésentériques, les artères coliques et hémorroïdales supérieures et l'arcade para-colique.

2)- Le temps artériolaire.

A partir de la deuxième-troisième seconde, il se forme progressivement, vers la cinquième-sixième seconde, un touffu artériolaire dû à l'imprégnation des ramifications des vaisseaux droits.

3)- Le temps capillaire.

Peut être objectivé dès la cinquième-sixième seconde par un liseré opaque, contrastant avec la clarté gazeuse intraluminale due à l'insufflation pré-artériographique. Ce liseré, d'un peu moins d'un millimètre d'épaisseur, délimite sur les clichés les parois externe et interne du rectum et du colon. Ce liseré témoigne effectivement du remplissage des capil-

laires. Il est invisible sur les clichés sans préparation et au temps artériel ; il se visualise après le temps artériolaire.

4)- Le temps veineux.

Il n'apparaît pas avant la dixième seconde après le début de l'injection de l'opacifiant.

Le retour veineux peut être plus tardif, vers la quinzième seconde. Il est toujours progressif.

Caractères des vaisseaux normaux

Les artères coliques normales présentent une direction générale correcte, un calibre diminuant régulièrement et des bords réguliers.

L'arcade paracolique est continue et régulière.

Les vaisseaux droits "ondulent", signe de souplesse, et ils sont d'une tonalité moindre que celle de l'arcade. Leurs ramifications forment le "touffu artériolaire précapillaire" de BUSSON et HERNANDEZ.

Les veines ont normalement un calibre supérieur à celui des artères.

Points particuliers du territoire mésentérique inférieur

On retrouve sur l'artériographie la direction anatomique opposée oblique des artères coliques gauches : la supérieure ascendante, le tronc des sigmoïdes descendants.

Les hémorroïdales supérieures se résolvent en artérioles plus nombreuses et plus touffues que les artères coliques.

Un dégagement incomplet de la charnière recto-sigmoïdienne peut se traduire, par superposition des vaisseaux droits, en une fausse zone d'hypervascularisation.

Ainsi, l'angiographie du rectum est normale lorsque :

a)- les temps d'opacification sont respectés, surtout le retour veineux, à partir de la dixième seconde ;

b)- lorsque les artères coliques, de direction correcte, diminuent progressivement de calibre, avec des bords réguliers ;

c)- lorsque la paroi est fine, ne dépassant pas un millimètre d'épaisseur.

Rappel des principaux signes angiographiques pathologiques

1)- Hypovascularisation :

- soit avascularisation totale,
- soit hypovascularisation marquée notable,
- soit amputation d'une artère colique ou hémorroïdale,
  arcade ou vaisseaux droits trop grêles.

Ces déficits étant : soit localisés,
soit diffus.

2)- Hypervascularisation :

- très forte, forte ou modérée,
- diffuse ou localisée,
- par augmentation de calibre d'une artère colique ou hémorroïdale ou par la prolifération de vaisseaux droits,
- par vasodilatation, se traduisant par un épaississement des parois.

3)- Etude du retour veineux :

Normal à la 9e seconde, on constate :

1- sa précocité (cinquième seconde) ;

2- ou son caractère explosif (deux à trois secondes dans certaines affections).

Il peut être, au contraire :

1- soit d'apparition retardée,

2- soit de disparition retardée.

On étudie aussi sa tonalité qui, normalement, va croissant jusqu'à un maximum et disparaît.

° °

OBSERVATION N° 1

SIM... F... Sexe : masculin
Date de naissance : 1941. Profession : Etudiant.

21-9-1965 :

Antécédents : rien à signaler.

Depuis sept à huit ans, le sujet souffre de douleurs rectales profondes, durant une demi-heure à une heure, entrecoupées de douleurs fulgurantes durant deux à trois secondes.

Ces douleurs surviennent dans la journée, rarement la nuit.

Elles ont été d'abord espacées, puis sont devenues très fréquentes : tantôt quatre à cinq crises par jour, parfois rien.

Constipation habituelle.
Douleurs abdominales fréquentes. Colon droit très sensible.
Dyspnée d'effort fréquente.

- Anuscopie : anite hémorroïdaire, lacis de dilatations veineuses importantes.

- Lavement baryté : sigmoïdite discrète.

- Rectoscopie : muqueuse de colite sans lésion visible jusqu'à vingt centimètres, pâle, hypervascularisée. On retrouve les dilatations veineuses.

Pas de signes cliniques d'artérite des membres.

Traitement : Fragivix, Bismuth, Mucilage.

5-10-1965 :

Amélioration de 50 % quant aux douleurs ; moins de gaz ; moins de douleurs abdominales.

Traitement : Rutascol à la Kalléone, Aphlazul, Chloridia.

25-1-1966 :

Gêne rectale depuis 15-20 jours, profonde, permanente, à type de pesanteur.

Sur ce fond de pesanteur, des douleurs fulgurantes durant 2-3 secondes, survenant huit à dix fois par jour, très violentes et douloureuses, avec irradiations abdominales.

Toujours constipé.

Traitement : Hydergine, Rutascol à la Kalléone, Vasculat.

2-4-1966 :

Deux proctalgies fugaces par semaine, durant deux à trois secondes.

N'a plus de douleurs rectales profondes. Toujours constipé.

Même traitement.

26-4-1966 :

Reprise des proctalgies depuis dix jours. Selles régulières.

Traitement : Dédyl.

Quatre mois après, les proctalgies fugaces étaient encore plus marquées que lors du premier examen, avec douleur rectale permanente, profonde et douleurs en éclair intenses.

Ceci a conduit à demander une artériographie qui a été pratiquée par Monsieur HERNANDEZ.

Artériographie sélective de la mésentérique

inférieure. Voie de l'iliaque.

1er cliché : Deux temps de la sélective mésentérique inférieure, 1 sec., 5 secondes. Temps artériel, colon insufflé ; il n'existe pas d'artère du dôme sigmoïde. Les hémorroïdales supérieures existent, mais s'effilent très rapidement, réduites à un millimètre de diamètre. L'imprégnation des hémorroïdales moyennes apparaît.

En résumé : Peu ou pas de vascularisation mésentérique pour le rectum et le sigmoïde.

A 11 secondes : Temps pariétaux et de retour veineux. Tout est normal au niveau du colon gauche, les parois sont dessinées.

Au niveau du recto-sigmoïde, c'est le vide total. Ceci incite à rechercher s'il n'existe pas une vascularisation inhabituelle venant des iliaques.

2me cliché : Sélective de l'iliaque gauche.

On distingue l'hypogastrique. On voit la vascularisation du recto-sigmoïde à partir de minuscules hémorroïdales moyennes et inférieures.

3me cliché : Confrontation des temps artériels mésentériques inférieur et iliaque gauches.

- Au centre : la région rectale et sa vascularisation mésentérique inférieure.

On distingue bien les hémorroïdales supérieures, naissant d'une mésentérique relativement grosse.

Par les arcades filiformes, on retrouve les deux hémorroïdales moyennes. Ceci prouve qu'elles ne sont pas thrombosées et que l'injection est suffisamment puissante pour imprégner, même à contre-courant, tout ce qui doit être vu : le chevelu rectal, qui est sûrement absent ou microscopique.

- A droite : le temps : 3,5 secondes, de la sélective iliaque gauche. On distingue l'anastomose entre les hémorroïdales moyennes et supérieures, imprégnées, cette fois, en sens inverse.

- A gauche : en cartouche, le temps : 5,5 secondes, de la sélective iliaque gauche. On retrouve le tronc des hémorroïdales imprégnées par le trajet hypogastrique ; hémorroïdales moyennes, arcade anastomotique, hémorroïdales supérieures.

En résumé : Ce montage prouve que la vascularisation rectale a été parcourue dans les deux sens, donc sûrement au complet, et que cette vascularisation est bien pauvre.

Il n'y a pas d'amputation, mais un effilement tel qu'il nous empêche de voir les collatérales de vascularisation rectale.

10-2-1966 :

L'artériographie a amélioré considérablement le malade (produit pulsé avec novocaïne). La pesanteur a disparu complètement ; pourtant, il persiste des proctalgies fugaces deux à trois fois par jour.

Traitement : Hydrosarpan et Hydergine.
Natirose, en cas de crise.

9-10-1966 :

Le malade vient consulter à nouveau ; au contraire des phlébotoniques, le précédent traitement n'a apporté aucun soulagement. On propose une artériographie de contrôle.

Traitement : Rutascol à la Kalléone.

OBSERVATION N° 2

Madame ARN... Sexe : féminin
Age : 40 ans Sans profession

Antécédents :

1962 : Hystérectomie totale.

1963 : Hémorroïdectomie,
Intervention sur varices.

1966 : Constipée depuis, avec selles effilées et douleurs rectales profondes durant une heure, paraissant calmées par l'évacuation de gaz, au rythme de cinq à six accès en deux ans.

En plus, deux ou trois fois par mois, des douleurs plus fugaces.

Rectoscopie : hypervascularisation rectale et rectite associée.

Prélèvement rectal : pas de leucocytes ; du mucus et des cellules épithéliales ; Escherichia Coli.

Artériographie : les terminales de l'artère mésentérique inférieure sont très grêles.

Traitement : Fragivix.

4-5-1966 :

Au bout de deux jours de traitement, la malade n'a plus eu de proctalgies.

Par contre, il persiste un écoulement tachant le linge et des douleurs abdominales.

Rectoscopie : identique.

Traitement : pansement de bismuth, Spagulax, Rutascol à la Kalléone.

Artériographie sélective de l'artère mésentérique inférieure, pratiquée par Monsieur HERNANDEZ, à l'Hôpital Bichat :

Les terminales de l'artère mésentérique inférieure sont très grêles. Le retour veineux est visible à 18 secondes, assez mal contrasté, et il n'apparaît pas nettement sur les clichés antérieurs. Il s'agit donc d'un retard à l'apparition du retour veineux. Sur ce cliché, les parois du recto-sigmoïde sont correctement imprégnées.

A 25 secondes, c'est-à-dire très tardivement, la veine mésentérique inférieure est encore visible, avec une stase anormale dans les veines périrectales.

Ce qui différencie cet examen des examens normaux, c'est donc la gracilité des artères, le retard du retour veineux et la stase veineuse.

OBSERVATION N° 3

Madame SZW... , née en 1920.
Profession : employée.

Antécédents :

1965 : opérée pour hémorroïdes.

1966 : opérée de kystes des deux seins.
A un fibrome.

Depuis trois ans, la malade souffre de crises de douleurs rectales profondes, nocturnes, durant de un quart d'heure à trois-quarts d'heure, survenant surtout entre 22 heures et 2 heures du matin.

Souffre également de douleurs fugaces, durant une à trois secondes. Ces douleurs surviennent cinq à six jours avant ou après les règles.

En 1964, la malade a eu trois crises, à trois-quatre mois d'intervalle.

Une selle diarrhéique tous les matins.

Rectoscopie : muqueuse de colite ; hypervascularisation rectale.

Traitement : Cyclo 3 et Dédyl.

4-5-1966 :

Les douleurs rectales spontanées ont disparu ; toutefois, à deux reprises, elles ont été déclenchées par un rapport. Elles sont également survenues lors d'un rêve érotique.

Selles régulières, suivies de quelques brûlures anales.

Rectoscopie : hypervascularisation rectale,
bourrelet hémorroïdaire.

Traitement : Hydrosarpan et Hydergine ;
Natirose en cas de crise.

Artériographie sélective de l'artère mésentérique inférieure, pratiquée par Monsieur HERNANDEZ à l'Hôpital Bichat :

Le système artériel à quatre secondes serait normal si une hémorroïdienne supérieure droite ne présentait un petit étranglement ostial, comparable à ce qui est vu dabs les sténoses ostiales des gros troncs dans l'ischémie progressive.

A huit secondes : début d'apparition du temps veineux de retour, ce qui est normal. Par contre, densification en bourrelets qui ne représentent pas de polypes, mais les grosses dilatations veineuses constatées en rectoscopie.

Le second élément anormal est évident à douze secondes, où il existe une stase anormalement prolongée dans le système artériel.

OBSERVATION N° 4

VAC... M... Sexe : féminin
Née en 1913.

Antécédents : Oedème de Quincke
Sinusite
Cystite depuis dix ans.

30-4-1966 :

Douleurs pelviennes.
Constipation opiniâtre.
Douleurs anales hors des selles, à type de pesanteur, surtout après station debout prolongée, et durant depuis un mois.

Examen : Colon droit sensible,
Anite hémorroïdaire,

importants lacis de veines dilatées.

Lavement baryté : rien à signaler.

Urines : Pyurie : en traitement par un spécialiste.

Traitement : Horolib (laxatif).

14-5-1966 :

Une selle molle tous les jours.
Sensibilité abdominale depuis la prise du produit.
Pesanteur rectale et douleur anale.
Douleurs rectales durant une à deux secondes, surtout la nuit, survenant deux à trois nuits de suite depuis six mois, avec des périodes d'accalmie de deux à trois mois.
Depuis quelques jours, les crises sont presque continuelles (deux, trois et quatre fois par jour).
Parfois dans la journée, pesanteur rectale.
Une selle par jour avec Horolib.

Traitement : Actapulgite, Horolib, Fragivix.

4-6-1966 :

La douleur a été calmée de façon importante par le Fragivix ; mais la malade ayant arrêté prématurément le traitement, les douleurs ont repris.

Examen : colon droit sensible ;
important lacis veineux à la face antérieure du rectum.

Selles : coproculture négative ; absence de parasites.

Traitement : Horolib, Hydergine, Hydrosarpan fort, Natirose.

25-6-1966 :

Depuis dix jours, la malade se plaint de douleurs rectales sourdes à type de pesanteur douloureuse dès qu'elle se couche, douleurs qui durent environ deux heures.
Selles régulières avec la Tamarine.

Une artériographie sélective de l'artère mésentérique inférieure est pratiquée par Monsieur HERNANDEZ, à l'Hôpital Bichat.

Deux éléments anormaux sont apparents :

1)- Caractère grêle des artères hémorroïdales, bien visibles à deux secondes, avec disparition de la ramure périrectale bien appréciable à quatre secondes, surtout si on la compare au contexte du voisinage colo-sigmoïde.

2)- Apparition au temps parenchymateux (deux secondes) de multiples bourrelets des contours et des bandes sagittales de la plage rectale qui représentent les dilatations veineuses observées en rectoscopie.

9-7-1966 :

N'a plus de douleur rectale. Des douleurs anales persistent.

Selles régulières avec Tamarine.

OBSERVATION N° 5

Madame JOU..., née en 1927.
Employée dans la haute couture.

Antécédents :

1964 : fissure anale et sclérose hémorroïdaire.

1965 : opérée d'une fistule à 12 heures et d'un prolapsus à 6 heures.

Consulte le 23-2-1966, pour douleurs rectales apparaissant dix jours avant les règles, accompagnées de douleurs fugaces durant une à deux secondes. Après une selle difficile, apparaissent des rectorragies de sang rouge. Constipation chronique.

Traitement : 10 jours de Fragivix et 20 jours de Rutascol à la Kalléone.

3-3-1966 : n'a plus de douleurs profondes, mais

les douleurs fugaces persistent tous les deux jours environ. Petit prurit rectal matinal.

Continue le même traitement : Fragivix et Rutascol à la Kalléone.

10-3-1966 : Les douleurs profondes ne sont pas réapparues ; les douleurs fugaces persistent.

OBSERVATION N° 6

MARC.... Sexe féminin
Née en 1928. Employée de bureau.

Antécédents : douleurs de l'hypocondre droit très fréquentes, par périodes courtes.

Consulte le 12-10-1964, pour des douleurs rectales survenant dix jours avant les règles et durant une demi-heure le soir au coucher, depuis plusieurs mois.

Rectoscopie : hypervascularisation rectale.

Traitement : Fragivix.

25-3-1965 : Les douleurs ont été rapidement calmées par le Fragivix et la malade n'avait pas souffert jusqu'à ces dernières semaines.

Rectoscopie : muqueuse de colite,
hypervascularisation rectale.

14-2-1966 : Les douleurs rectales ont repris, dix jours après les règles, nocturnes, accompagnées de douleurs fulgurantes durant deux à trois secondes, depuis un mois.

Rectoscopie : veines rectales très proéminentes.

Artériographie : non réussie, l'appareil étant tombé en panne au début de l'injection.

Traitement : Opoveinogène.
Le médicament, mal supporté,

n'est pris que pendant une semaine et la malade souffre à nouveau. Les douleurs sont calmées par un suppositoire d'Optalidon. Un traitement Rutascol-Kalléone est institué.

6-6-1966 : Les douleurs n'ont pas reparu.

OBSERVATION N° 7

MON... R.
Né en 1927. Coiffeur.

1963 : Début des douleurs ano-rectales, irradiant à la face postérieure des cuisses. Hémorroïdes.

Avril 1964 : Opéré pour hémorroïdes.

11-10-1965 : Consulte pour des douleurs ano-rectales durant depuis huit jours, survenant après les selles et accompagnées de pesanteur rectale.
Constipation chronique.

Rectoscopie : muqueuse de colite, dyschésie, hypervascularisation rectale.

Traitement : 10 jours de Fragivix et 20 jours de Rutascol.
Calmé en quelques jours par ce traitement.

18-3-1966 : A nouveau, des pesanteurs rectales, après une deuxième selle surtout, durant sept-huit heures.
Accompagnées de douleurs fugaces durant une à deux secondes, quatre à cinq fois par jour, depuis trois semaines.

Quelques douleurs abdominales.
Selles moulées, de nombre variable.
Cadre colique sensible.

Rectoscopie : légère rectite.

Remis au Rutascol. Ne souffre plus depuis.

OBSERVATION N° 8

PR... G.. Sexe : féminin.
Née en 1898.

Consulte le 3-3-1966 pour douleurs anales et rectales durant depuis trois ans, à type de brûlures et de pesanteur survenant surtout la nuit, accompagnées de douleurs fugaces durant deux à trois secondes. Ces algies surviennent une à trois fois par semaine, réveillant la malade la nuit.

Prurit anal.
Pas de rectorragies.
Alternatives de constipation et de diarrhée.
Céphalées fréquentes et sensibilité de l'hypocondre droit.
Tension artérielle : 18/11.

Aucun antécédent.

Rectoscopie :

Muqueuse de colite sans lésion visible.
Hypervascularisation rectale.
Anite hémorroïdaire.
Dermite péri-anale d'allure mycosique.

Palpation : cadre colique sensible.

Traitement : Bismuth, Sorbitol.
Rutascol.
Solution de Milian et Mycodécyl.

Le 10-3-1966, les douleurs ont disparu en trois-quatre jours ; seules quelques pesanteurs subsistent.

OBSERVATION N° 9

HER... Ray Sexe : féminin
Née en 1909 Profession : comptable.

1965 : Rectoscopie : Hypervascularisation recta-

le avec bourrelet hémorroïdaire congestif.

A consulté auparavant pour d'autres affections.

7-3-1966 : Il y a deux mois, crise de douleurs rectales nocturnes, ayant duré dix minutes, entrecoupées de douleurs fugaces (de une à trois secondes).

Deuxième crise en Février, vers minuit, ayant duré une heure, accompagnée également de douleurs fugaces (de 4 à 5 secondes).

Douleurs abdominales depuis 15 jours.

Hypernerveuse.

Rectoscopie : identique à celle de 1965.

Traitement : Rutascol, Bismuth, Laborodax, Procalmadiol.

18-5-1966 : N'a plus aucune douleur.
Ballonnement, douleurs de la fosse iliaque droite. Insomnies.

Rectoscopie : Hypervascularisation beaucoup moins marquée.

Palpation : cadre colique sensible.

Colitique chronique.

OBSERVATION N° 10

LOY... A... Sexe : féminin
Née en 1916.

Antécédents : rien à signaler.
Date de début des douleurs ano-rectales : 1963.

1965 : Douleurs siégeant au rectum et irradiant vers l'anus et la face postérieure des cuisses.

Constipation chronique.

Rectoscopie : varices rectales.

Traitement : Normucyl, Bismuth.
Transitol, Rutascol à la Kalléone.

Les douleurs ont cédé après deux mois de traitement et n'ont pas réapparu.

OBSERVATION N° 11

PA... Ol... Sexe : féminin
Née en 1919 Profession : Enseignante

22-9-1959 : Cette malade présente depuis quatre ans des douleurs de type fissuraire commençant un quart d'heure après les selles.

Rectoscopie : Gros bourrelet hémorroïdaire, mais pas de fissure.

15-4-1961 : La malade est réveillée la nuit à plusieurs reprises différentes par une douleur rectale qui dure quelques minutes. Selles régulières, mais parfois diarrhée. Pas de prurit ni de rectorragies.

Rectoscopie : Varices rectales.

Traitement : Rutascol à la Kalléone.

14-6-1961 : A deux reprises différentes, les douleurs rectales reprennent la nuit, réveillant la malade ; elles durent dix minutes et sont calmées par un suppositoire de Bismuth.

Rectoscopie : Varices rectales.

Traitement : Esculéol P
Rutascol à la Kalléone
Sclérose hémorroïdaire

Résultat : Très améliorée.

OBSERVATION N° 12

BOR... R... Sexe : masculin
Né en 1930.

19-2-1966 : Depuis 1964, douleurs à type de pesanteur rectale, avec épreintes.

Rectoscopie : Muqueuse de colite.

Traitement : Fragivix.

22-2-1966 : Moins de pesanteurs, selles régulières.

Résultat : Amélioré.

OBSERVATION N° 13

Abbé BR... M... Sexe : masculin
Né en 1933 Etudiant

Antécédents : Rien à signaler.

7-5-1957 : Douleurs rectales depuis plusieurs années, à type de proctalgies fugaces.
Selles régulières.
Pas de rectorragie.

Rectoscopie : Muqueuse de colite avec hypervascularisation très marquée.

Traitement : Lysophlébol.
Rutascol - Nicobion.

4-6-1957 : Très amélioré par le traitement.

Septembre 1966 : Souffre très rarement.

OBSERVATION N° 14

BR... M... Sexe : féminin
Née en 1934.

Antécédents :

Mai 1964 : Diarrhée avec évolution fébrile et amaigrissement de cinq kilogs.

1965 : Selles normales, mais anorexie.
Barre épigastrique, langue saburrale.
VS, NFS et glycémie : normales.
Sensations de chaleur et de froid.
Douleurs rectales à type de pesanteur.

Rectoscopie : tendance hémorragique de toute la muqueuse rectale.

23-2-1965 : Alternatives de constipation et de diarrhée.
Cauchemars et angoisses au moment des règles.
N'a plus de douleurs rectales.

Traitement : Rutascol à la Kalléone.

15-6-1965 : N'a plus de douleurs rectales.

OBSERVATION N° 15

Soeur K... Sexe : féminin
Née en 1905.

Antécédents : Colite il y a deux ans.

12-2-1959 : Constipation équilibrée avec le Normacol. Ballonnement abdominal.

Lavement baryté : rien à signaler.

Vésicule : contraction forte, s'évacuant bien.

3-12-1963 : Constipée chronique.
Anxiété, hémorroïdes.
Pesanteur rectale depuis quelques jours.

Rectoscopie : Varices rectales importantes.
Pas d'autre lésion visible jusqu'à 22 cm.

Traitement : Rutascol à la Kalléone.

7-1-1964 : Toujours constipée.
N'a plus de douleurs rectales.

1966 : N'a plus de douleurs rectales.

OBSERVATION N° 16

RJO... E... - 62 ans.

Antécédents : Ulcère du bulbe.

1966 : Hospitalisé pour pyrexie.
Rectorragies de sang rouge après les selles.
Depuis dix ans, douleurs rectales nocturnes, durant cinq à dix minutes, par accès, se reproduisant cinq à six fois par an.
Parfois, accès diurnes.
Selles régulières.

Rectoscopie : Hypervascularisation rectale.
Rien d'autre jusqu'à 18 cm.

Traitement : Rutascol à la Kalléone.

OBSERVATION N° 17

RUC... J... Sexe : masculin
60 ans Cultivateur

Antécédents : Diabète, à équilibrer.

26-7-1966 : Douleurs anales, sans horaire fixe, hors de toute selle, survenant surtout la nuit, profondes, durant dix à quinze secondes, réveillant le malade. Les douleurs se produisent parfois dans la journée. Elles surviennent deux à trois fois par mois, depuis 16 ans.
Selles régulières. Pas de rectorragies.

Rectoscopie : Hypervascularisation rectale. Pas de lésion visible jusqu'à 18 cm.

Artériographie impossible : diabète.

OBSERVATION N° 18

Dr. ROU... Sexe : masculin
41 ans.

Dans la nuit du 28 au 29 Mai 1966, réveillé à 0 h.45. Douleur assez violente, de siège nettement rectal, à type de torsion. La douleur s'accentue rapidement. Ayant l'impression qu'une évacuation pourrait seule soulager cette douleur, se lève, fait un pas et tombe sans connaissance. Au bout de cinq minutes, retrouve la conscience. La douleur avait disparu.

Antécédents : Mégadolichosigmoïde. Constipation chronique nécessitant Péristaltine, un jour sur deux. (N'était pas constipé au moment de cette crise). Une crise de colique néphrétique avec petit calcul en 1963.

Rectoscopie : le 29 Mai : Important lacis de veines dilatées.

Diagnostic : "Proctalgie fugace".

o
o o

Nous n'insisterons pas sur la symptomatologie caractéristique rencontrée chez nos patients : douleurs rectales profondes à prédominance nocturne, accompagnées de douleurs fugaces durant quelques secondes ; mais nous voulons insister sur un signe rencontré de façon constante, un lacis veineux très marqué sur la face antérieure du rectum et très dif-

férent de l'hypervascularisation des colites.

Il s'agit d'importantes veines rectales, atteignant parfois la grosseur d'un crayon et de nombre variable, traduisant une stase veineuse au niveau du rectum.

La plupart des malades sont d'ailleurs des colitiques et des constipés chroniques.

Avec le traitement par les flavonoïdes de synthèse, l'amélioration a été, en général, rapide et la guérison parfois obtenue.

ESSAI D ' INTERPRÉTATION

Les malades que nous venons de présenter ont donc été traités de la façon suivante :

1- Traitement de la constipation,
de la colite,
des hémorroïdes, s'il en existait.

2- Suppression de tout suppositoire.

3- Administration à fortes doses de topiques veineux, du fait de la présence quasi constante de "varices rectales", cordons veineux flexueux, parfois énormes (de la taille d'un crayon).

Dans la quasi-totalité des cas, l'action de ces topiques veineux a été bénéfique, aboutissant à la diminution d'intensité et à l'espacement des crises ou à leur suppression.

Toutefois, cette action s'est révélée transitoire.

S'il est facilement compréhensible que les topiques veineux agissent au niveau des cordons variqueux, leur action peut sembler a priori moins évidente sur le territoire artériel, dont l'artériographie sélective nous a parfois montré l'indigence.

Un rappel pharmacologique nous semble donc nécessaire.

RAPPEL PHARMACOLOGIQUE

Les phlébotoniques ont une "action vitaminique P".

En 1936, SZENT-GYORGYI isolait, de l'écorce de citron et du paprika, la citrine, principe cristallisé appelé alors "Vitamine P", en raison de son activité sur la perméabilité capillaire.

Des recherches ultérieures montrèrent que la citrine était en réalité un mélange de substances flavoniques, d'où leur appellation courante de "flavonoïdes" ou "bioflavonoïdes".

La découverte de nouvelles flavones naturelles et la préparation de flavones synthétiques, douées des mêmes types d'activité biologique, élargit considérablement cette catégorie de substances qui, si elles continuent à constituer un groupe homogène, à la fois par leur structure chimique et par l'ensemble de leurs propriétés biologiques, ne justifiaient plus l'appellation de "Vitamines".

Action et rôle physiologique de la substance P

La substance P a été découverte en 1934, dans des extraits tissulaires, par VON EULER et GADDUM ; elle possède des propriétés communes avec la Bradykinine et la Kallidine, mais sa formule chimique est différente.

La Bradykinine est un des vaso-dilatateurs physiologiques les plus actifs ; son effet hypotenseur est extrêmement net expérimentalement sur la tension artérielle du chien, après administration intraveineuse, de même que chez le lapin où l'effet est analogue à l'acétylcholine.

Sur l'intestin de cobaye, la Bradykinine agit comme un agent myotrope.

On tend actuellement à penser que la Bradykinine serait l'hormone régulatrice du calibre des petits

vaisseaux.

La Kallidine a un rôle physiologique très voisin de la Bradykinine ; on utilise surtout en thérapeutique son précurseur, la Kallicréine ; dans les affections vasculaires, elle dilate les coronaires, abaisse la tension artérielle systolique et diastolique, entraîne une accélération du pouls, augmente les circulations musculaires et cutanées.

L'administration de substance P provoque des effets voisins de ces deux substances.

De plus, la substance P a un effet stimulant puissant sur le muscle intestinal, chez les animaux à sang froid et chez les mammifères, agissant sans doute par stimulation directe des fibres musculaires lisses et indirectement par stimulation des fibres afférentes de l'arc réflexe péristaltique.

Enfin, un effet tachyphylactique évident s'observe après répétition des doses.

Action et rôle physiologique des "Vitamines P"

1- Effet antispasmodique sur les vaisseaux périphériques.

Mis en évidence chez le rat, dont le train postérieur est irrigué par du liquide de Tyrode, par voie aortique contenant de l'éthyl 2 (hydroxy 4 Benzoyl) 3 benzofuranne (FRAGIVIX).

2- Réduction du temps de saignement, les temps de coagulation du sang total et du plasma recalcifié restant normaux.

Le thrombo-élastogramme n'est pas modifié.

3- Réduction de la perméabilité capillaire.

4- Effet anti-inflammatoire.

Ainsi, les substances possédant une action vita-

minique P ont non seulement une action digitalique sur les veines, comme l'Hamamélis, le Marron d'Inde, le Cupressus ; mais on voit apparaître, dans les dérivés comme le FRAGIVIX ou une hormone circulatoire d'origine pancréatique comme la KALLEONE, une action suppressive du spasme artériolaire provoqué par le reflux rétrograde du sang veineux que ne retiennent plus des valvules incompétentes ou atrophiées. Ce flux, à contre-courant, va se heurter au flux artériel dans la déclivité des champs capillaires.

C'est donc dans l'anse capillaire déclive que se produit le conflit. Il en résulte un coup de bélier qui distend et disjoint le capillaire.

L'histologie révèle, au niveau du rectum, un réseau vasculaire sous-muqueux, riche en segments péricapillaires à parois musculaires, capables de jouer un rôle dans la régulation des circulations locales. Les injections vasculaires de substances de contraste montrent l'autonomie circulatoire de ce réseau sous-muqueux et précapillaire indépendant des lacs hémorroïdaires. A la faveur de shunts artério-veineux, le sang artériel peut inonder les veines en court-circuitant le capillaire (d'où, parfois, hémorragie massive de sang rouge rappelant celles de certaines gastrites hémorragiques).

Au trouble vasculaire fonctionnel, s'ajoute l'hyperpression dans le système veineux. Souvenons-nous de l'anatomie des veines régionales : sur les veines hémorroïdales supérieures, tributaires du système porte, il n'y a pas de valvules, tandis que, sur les deux autres groupes de veines, tributaires du système cave, il y a des valvules disposées de manière à ce que le sang aille de préférence vers le système porte.

La jonction entre les deux systèmes se fait au niveau de la partie supérieure du canal anal, dans un territoire compris entre la ligne ano-rectale en haut et la ligne pectinée en bas, c'est-à-dire dans la zone des colonnes de Morgagni, point critique de l'évolution embryologique. Là, se fusionnent un feuillet

endodermique - muqueuse type cylindrique - et un feuillet ectodermique - muqueuse de type malpighien du canal anal.

Ainsi, l'analyse, par injections vasculaires (artérielles ou veineuses), des circuits vasculaires de cette région aboutit à séparer un système des lacs hémorroïdaires et un réseau capillaire et pré-capillaire superficiel, doté, par des segments d'arrêt, d'une autonomie circulatoire.

L'irrigation exceptionnellement riche du rectum le protège contre les accidents ischémiques ; ainsi, les cas dûment prouvés de nécrose du rectum sont excessivement rares (ODESSKY, 1952, et SHEARBURN, 1955).

Le territoire des vaisseaux mésentériques est relativement épargné par l'athérosclérose (WARTMAN), et le grand pouvoir de collatéralité de ces vaisseaux protège les viscères abdominaux contre les accidents d'ischémie.

Il est encore beaucoup plus rare d'observer des accidents thrombotiques dans le territoire mésentérique inférieur : JOHNSTON et BAGGENSTROSS, sur 60 cas d'occlusion artérielle mésentérique, n'en observent qu'un cas au niveau de l'artère mésentérique inférieure seule.

WIDMER, par des examens radiologiques sur le cadavre, a démontré que l'artère la plus importante du rectum, l'hémorroïdale supérieure, est toujours présente, mais que les hémorroïdales moyenne et inférieure manquent dans 20 à 26 % des cas.

On peut donc penser, avec quelque raison, que l'atteinte primitive, à l'origine des crises de proctalgie fugace, soit d'origine veineuse. L'ischémie artérielle serait alors secondaire aux troubles circulatoires et vaso-moteurs veineux, capillaires et précapillaires.

Ainsi, d'énormes dilatations veineuses peuvent donc rester sans rapport avec la pathologie hémorroï-

daire, demeurer absolument muettes, ou bien, entraînant une ischémie artérielle réflexe, provoquer les douleurs d'"angor rectal" de la proctalgie fugace.

Le plexus hypogastrique contient également des fibres sensitives qui gagnent la moelle sacrée, les unes par les branches pelviennes du plexus honteux, les autres par le nerf présacré, puis les ramicommunicantes des racines lombaires et dorsales inférieures.

Un spasme, ou une distension excessive, provoque des sensations douloureuses qui passent par le nerf présacré. Il en serait de même pour les stimuli douloureux provenant d'une vaso-dilatation excessive ou d'une constriction intense. Dans ce cas, la douleur est diffuse ; elle ne correspond pas au territoire de distribution périphérique d'un nerf de la vie de relation ; elle se présente comme une brûlure, une sensation de chaleur désagréable, de plénitude, avec battements violents, ou de tension douloureuse. Le plexus honteux réunissant l'innervation végétative du rectum et de la sphère génitale, il n'est pas étonnant que soit souvent signalée l'association de proctalgies fugaces avec du priapisme. Ces crises peuvent également se développer au début du coït et faire alors disparaître l'érection, ou peuvent être consécutives aux érections.

<u>En résumé</u> : Les Flavonoïdes renforcent la résistance capillaire, permettent la décongestion veineuse, lèvent le spasme artériolaire, et leur action myotrope, non négligeable sur l'intestin, favorise le retour veineux.

On constate, avec ces produits, le même phénomène de tachyphylaxie qu'avec la substance P, ce qui explique l'épuisement progressif de leur action et conduit à les utiliser à tour de rôle.

C O N C L U S I O N

Lorsque cela a été possible, l'artériographie sélective de l'artère mésentérique inférieure a été pratiquée chez des sujets souffrant de "proctalgies fugaces".

On a pu mettre ainsi en évidence, soit la pauvreté artérielle, soit la stase veineuse, entraînant le défaut d'irrigation de territoires vasculaires du rectum.

La rectoscopie a montré, de son côté et dans la quasi-totalité des cas, la présence d'importants lacis de veines rectales dilatées, parfois énormes.

Les phlébotoniques ont été utilisés dans le traitement de la "proctalgie fugace" avec un important pourcentage de succès. Nous avons rappelé que ces flavonoïdes, outre leur action digitalique sur les veines, ont également une action antispasmodique au niveau du territoire artériel.

De nouvelles artériographies sont prévues qui apporteront sans doute des éléments complémentaires.

Nous avons remarqué, à ce propos, que les malades étaient très améliorés par l'artériographie et, de ce fait, nous pensons avoir recours, en plus des phlébotoniques, à la novocaïne intraveineuse et aux infiltrations.

Cet ensemble de faits, joints à l'absence de lésions locales et à ce qu'il s'agit d'une affection frappant électivement des sujets sédentaires, nous

conduisent à penser que la "proctalgie fugace" aurait une origine vasculaire, à point de départ essentiellement veineux.

Cette "mauvaise étoffe veineuse", d'origine inconnue, souvent héréditaire, se retrouve également dans un très grand nombre de syndromes mal systématisés, mais dont la fréquence en clientèle est loin d'être négligeable.

Des phénomènes surajoutés, tels que grossesse, constipation, obésité, vie sédentaire, révèlent ou aggravent l'affection qui se retrouve également chez les membres d'une même famille.

Une meilleure connaissance de la "proctalgie fugace", affection très pénible, mais à pronostic essentiellement bénin, permettra de soulager ceux qui souffrent, de les rassurer, et surtout d'éviter les thérapeutiques agressives.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la thèse,

Ch. DEBRAY

B I B L I O G R A P H I E

1- ABRAHAMS A.- Proctalgia Fugax.- Lancet, 2 : 445, 1935.

2- ALEXANDER R.M.- Psychiatric aspects of proctologic practice.- Am. J. Surg., 92, 683, 1956.

3- AMBROSE A.M. et DE EDS F.- J. Pharmacol. and Exper. Therap., 1947, 90, 359.

4- ARROYO H.- Proctalgia Fugax.- Algérie Méd., Mars 1960, 64, N° 3, 245-246 (Biblio.).

5- AULT G.W., CIT LARGE et MUKHEIBER - Trans. Amer. Proctol. Soc., 40, 203, 1939.

6- BARRIE MURRAY J.- Proctalgia Fugax.- Lancet, 1952, 1, 672 et 2 : 455.

7- BENSAUDE A. et GUILHARD A.- Névralgie ano-rectale et coccygodynie.- Arch. Mal. App. Dig., Juill.-Août 1954, 43, N° 7 et 8, 825-828. (Bibliog.).

8- BENSAUDE R. et OURY P.- Les névroses sensitives recto-sigmoïdiennes.- Journ. de Méd. et Chir. Pratiques, 10 Février 1923.

9- BETT D.H. (1952) - Proctalgia Fugax.- British Medical Journal, 1, 880.

10- BETTOT - Proctalgia Fugax.- British Med. Journ., 1, 880.

11- BIOLOGIST - Some observations on Proctalgia Fugax.-

Lancet, 1, 52, 1952.

12- BIRNBAUM W., AHLQUIST R.- Rectal infections and ulcerations associated with blood dyscrasies.- Amer. J. Surg., 90, 367, 1955.

13- BLATT L.J.- Injury of the rectum by tup of disposable enema.- Arch. Surg., 80, 442, 1960.

14- BLYTH W.- Proctalgia Fugax.- Lancet, 2 : 404, 1935.

15- BOCQUIN R.- Les lésions recto-sigmoïdiennes au cours des hémopathies.- Thèse Paris, 51.

16- BOLEN H.L.- Douleur rectale spasmodique.- Revue de la Littérature et rapport d'un cas.- New-England J. Med., 1943, 228, 564.

17- BRAVO A.M.- Un cas de proctalgie paroxystique de Thaysen.- Rev. Clin. Espan., 31 Juillet 1960, 78, N° 2, 93-94.

18- BROWN L.E.- Sur la valeur clinique des douleurs ano-rectales.- Am. J. Surg., Février 1948, 75, N° 2, 303-306. (Bibliog.).

19- BULL H.C.H.- Proctalgia Fugax.- Lancet, 1952, 1, 424.

20- CALDAS J.M.- Proctalgie fugace.- Rev. Clin. Obst., Fév. 1958, 102, N° 2, 145-152 (Bibliog.) (Résumé français).

21- CARLHILL H.- Proctalgia Fugax.- 1935. Brit. Med. J., 1 : 4083. Ibid., 2, 742.

22- CARTER H.S. - (1935) - Ibid., 2, 372.

23- C.G.E. (1931) - British Medical Journal, 2, 928.

24- CHARLIER R., HOSSLET et CANIVET L.- Arch. int. Physiol. et Bioch., 1963, 71 (1), 51.

25- CHARLIER R., HOSSLET A. et COLOT M.- Arch. Int. Physiol. et Bioch. 1963, 71 (1), 1.

26- COOPER W.L.- La douleur d'origine rectale.- J. Internat. Coll. Surgeons, Av. 1956, 25, N° 4, 524-529 (Bibliogr.) (Résumé français).

27- DACCACH - Proctalgie fugace.- Gaz. Méd., Oct.-Nov.-Déc. 1963, 18, N° 4, 450-451.

28- DELANNOY E., GOUDEMAND M., MARTINOT M.- Destruction subtotale de la cloison recto-vaginale au cours d'une leucémie aiguë.- Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 289-291, 1960.

29- DELTOUR G., BINON F. et CHARLIER R.- Arch. Int. Pharmacodyn., 1963.

30- DOGUET R., DE MEY D., ROMAINVILLE P.- Retentissement des affections vasculaires abdominales sur l'appareil digestif.- Acta Gastro-Enterol. Belg. 19, 341, 1949.

31- DOUTHWAITE A.H.- La proctalgie fugace.- Brit. Med. J., 21 Juill. 1962, N° 5298, 164-165. (Bibliogr.).

32- DESCAMPS M. et BINON F.- Brevet anglais (en cours de dépôt).

33- EWING M.R.- Proctalgie fugace.- Brit. Med. J., 16 Mai 1953, N° 4819, 1084-1085. (Bibliogr.).

34- FAROY G.- Plexalgie pararectale fugace des colitiques. "Nocturnal rectalgia" ou "Proctalgia Fugax".- Presse Méd., 12 Juin 1954, 62, N°43, 905-906.

35- GABRIEL W.B.- (1948). The principles and practice of rectal surgery.- 4th Ed., Lewis,London.

36- GRANET E.- Proctalgies et dyscrasies péri-anales non inflammatoires associées : coccygodynie, proctalgie fugace, prurit anal névrogénique.-

Am. J. Dig. Dis. Nutr., Oct. 1946, 13, N° 10, 330-333 (Bibliogr.).

37- GRANET E.- Les proctalgies non inflammatoires et les dyscrasies recto-anales.- A.M. J. Gastro-entérol., Oct. 1957, 28, N° 4, 394-402. (Bibliogr.).

38- GORSE J.M.- Notes sur le diagnostic et le traitement des douleurs ano-rectales.- Gaz. Méd. de France, Juin 1943, 50, N° II, 104-105.

39- HATHAWAY S.R., J.C. Mac KINLEY - Booklet for the Minnesota Multiphasic Personnality Inventory, Ed. 2, New-York, The Psychological Corporations, 1951.

40- HAUDENSCHILD W.- La proctalgie fugace.- Rev. Méd. Suisse rom., 25 Juin 1950, 70, N° 6, 349-355 (Bibliogr.).

41- HENRY R.B.- Le symptôme douleur dans la pathologie ano-rectale.- Rev. Praticien, 11 Oct. 1954, 4, N° 26, 2389-2397.

42- HENRY R.B.- Thérapeutique de la douleur en pathologie ano-rectale.- Rev. Praticien, 11 Oct. 1954, 4, N° 26, 2399-2407 (Bibliogr.).

43- HENRY R.B.- La névralgie ano-rectale.- Concours Médical, 10 Sept. 1955, 77, N° 37, 3357-3358.

44- HILL J.R.- Pain in the anorectal region.- J.A.M. A., 150 : 579, 1952.

45- HUGHES T.- Proctalgia Fugax.- Brit. Med. J.,1952, 1, 880.

46- HURST A. (1943) - Proc. Roy. Soc. Med., 36, 639.

47- HUTET G.- Proctalgie fugace. (A propos de l'article du Dr. PENNEAU) - Proctalgia, 1963, 4, 23-24.

48- IBRAHIM H.- Proctalgie fugace.- Gut, Juin 1961, 2, N° 2, 137-140 (Bibliogr.).

49- JACKMAN R.J.- Lesions of the lower Bowel.- Springfield, Illinois, Charles C. Thomas, Publisher, 1958, 347 p.-

50- JANET J.- L'ionophorèse d'un enzyme de diffusion dans le traitement des syndromes douloureux de l'anus.- Semaine Thérap. (Suppl. Sem. Hôp. Paris), Sept. 1964, 40, N° hors série, 94-95 (Bibliogr.).

51- JOHNSON C.C., BAGGENSTROSS A.H.- Mesenteric vascular occlusion. II- Study of 6 cases of occlusion of arteries and of 12 cases of occlusion of both arteries and veins.- Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic, 24, 649, 1949.

52- KARRAS J.D. et ANGELO G.- La proctalgie fugace.- Am. J. Surg., Nov. 1951, 82, N° 5, 616-625. (Bibliogr.).

53- KARRAS J.D. et ANGELO - Proctalgia Fugax. Clinical observations and a new diagnostic aid.- Dis. Colon & Rectum, 6, 130, 1963.

54- KILLINGBACH M.J., WILLIAMS K.L.- Necrotizing colitis.- Brit. J. Surg. 49, 175, 1961-1962.

55- KLEIN R.R., SCARBOROUGH R.A.- Traumatic perforations of the rectum and distal colon.- Amer. J. Surg. 86, 515, 1953.

56- LANDA E.- Rectalgie nerveuse.- Wien. Klin. Wschr., Oct. 1939, 52, N° 40, 918-922.

57- LANDA E.- Douleurs rectales par crises.- Wien. Klin. Wschr., 29 Déc. 1939, 52, 1160-1161.

58- LARGE P.G., MURKHEIBER W.J.- Injury to rectum and anal canal by enema syringues.- Lancet, 2, 596, 1956.

59- LARKIN E.- Discussion on functionnal diseases of the colon and rectum.- Proc. R. Soc. Med., 36, 644, 1943.

60- LAVOLLAY J., PARROT J.L., SEVESTRE J. et GALMICHE P.- C.R. Soc. Biol., 1944, 138, 179.

61- LAVOLLAY J., PARROT J.L. et SEVESTRE J.- C.R. Acad. Sc., 1943, 217, 540.

62- LYNCH M.E.- Névralgie anale.- Brit. Med. J., 1931, 2, 927.

63- Mac EVAN P. (1935) - Lancet, 2, 580.

64- Mc EWIN R.- Proctalgie fugace.- Med. J. Australia, 1er Sept. 1956, 2, N° 9, 337-340. (Bibliogr.).

65- Mc P.F. (1935) - Lancet, 2, 581.

66- Mc LENNAN A.- A short note on rectal crises of non-tabetic origin.- Glasgow Med. J., 88 : 129, 1917.

67- MAMEESH - J. Nutr. 1962, 77, 165.

68- MASSELIN G.- Les névralgies ano-rectales secondaires aux affections génitales.- Thèse Paris, 1930, N° 421.

69- MILLER D.- Proctologic syndromes of emotional origin.- Ann. West. Med. & Surg., I, 258, 1947.

70- MILSTEIN J.- Aspects psycho-somatiques en proctologie. A propos de six observations.- Concours Méd. 28 Juill. 1962, 84, 30, 4361-69, 17 réf. bibliog.-

71- MILSTEIN J.- Aspect moderne des névralgies ano-rectales.- Arch. Hosp., Janvier 1964, 36, N° 1, 18-20 (Bibliogr.).

72- MILSTEIN J.- La composante psychique dans les névralgies ano-rectales. Incidences thérapeutiques.- Gaz. Méd. France, 10 Juillet 1965, 72, N° 13, 2663-2666 (Bibliogr.).

73- MURRAY J.B. (1951) - Some common psychosomatic manifestations. 2nd ed., Oxford, Univ. Press, London.

74- MURRAY J.B.- "Proctalgia Fugax".- Lancet, 1 : 672, 1952.

75- MYRTLE A.S. (1883) - Some common affections of the anus.- Br. M. J., 1, 1061.

76- "NEURALGIA" - Névralgie anale.- Brit. Med. J., 1931, 2, 877.

77- ODESSY L.- Arteriosclerosis : its role in pathogenis of rectal hemorrhage.- Ann. Int. Med., 36, 1121, 1952.

78- OURY P.- La douleur anale.- Sem. Hôp. Paris, 2 Août 1948, N° 58, 1884-1890.

79- PERIER E.A., GARCIN Ph.- Névroses ano-rectales.- Encyclopédie Médico-chirurgicale, Traité Estomac, fascicule 9087 F.10 (7-1956).

80- PERIER E.A.- Les névralgies ano-rectales.- Feuillets méd., Mai 1961, N° 65, 4 pages.

81- POUNDERS C.M.- La proctalgie fugace du nourrisson.- J. Péd., Oct. 1957, 51, N° 4, 413-415.

82- PYBUS F.C. (1946) - Ibid., 1, 824.

83- PENNEAU Jean - La proctalgie fugace.- Proctalgia, Nouvelle série, N° 1, 39-40. 1er trimestre 1962.

84- Questions and Answers : Proctalgia Fugax.- Brit. M. J., 1, 669, 1952.

85- RAZZINI R.F.- La douleur de la région ano-rectale.- Med. World, Janv. 1956, 84, N° 1, 18-22.

86- REINER, SCLESINGER M.J., MILLER G.M.- Pseudo-membranous colitis following aureomycin and chloramphenicol.- Arch. Pathol., 54, 39, 1952.

87- ROLAND G.G.- Rectal perforations after enema administration.- Canad. Med. Ass. J. 81, 815, 1959.

88- RIBEIRO DA SILVA R.- Névralgies et névroses ano-rectales.- Brasil Med., 3/31 Janvier 1959, 73, N° 1/5, 19-27 (Bibliogr.).

89- ROSKAM J. & PAUWEN L.- Arc. int. Pharmacodyn., 1937, 57, 450.

90- ROYER R. & BISAGNI E.- Communication au Symposium international de la Soc. Chimique de Belgique (Bruxelles, Juin 1962).

91- ROYER R. et BISAGNI E.- Bull. Soc. Chim. Fr., 1963.

92- RYLE J.A. (1942) - Guy's Hosp. Rep. 91, 147.

93- RYLE J.A. (1948) - Gastro-enterologia, Basel, 73, 289.

94- SEPTUAGENARIAN (1935) - Lancet, 2, 404.

95- SHEARBURN E.W., CONNELL J., HOPKINS J.E.- Rectal ulcerations due to the ischemia necrosis.- Ann. Surg. 141, 563, 1935.

96- SHEPPARD M.D. (Proctalgia Fugax) - Brit. Med. J., 1952, 1, 880.

97- SI-CHUN MING, LEVITAN R.- Acute hemorrhagic necrosis of the gastro-inteśtinal tract.- New. Engl. J. Med., 263, 59, 1960.

98- SIMON A.- Proctalgie.- Gaz. Med. France, Déc. 1953, 60, N° 24, 1406-1409.

99- SMITH R.N.C. (1935) - Lancet, 2, 580.

100- SZENT-GYÖRGYI A. et RUSZNYAK S.- Nature, 1963, 138, 27.

101- TECON R.M.- Proctalgia Fugax. A little known form of pain in the rectum.- Lancet, 2, 243, 1935.

102- THAYSSEN T.E.H. (1935) - Lancet, 2, 243.- Proctalgia Fugax.

103- THAYSSEN T.E.H. (1936) - Acta Med. Scand., Supp. 78, 441.

104- THIELE G.H. - Coccygodynia. The mecanism of its production and its relationship to anorectal disease.- Am. J. Surg. 1950, 79, 110.

105- TIDY F.N.- Proctalgia Fugax ou spasme anorectal.- Lancet, 1952, 1, 314.

106- TOUBIANA F.N.- Les névralgies ano-rectales.- Thèse Paris, 1928, N° 70.

107- TURELL R.- Laceration to anorectum, incident to enema.- Arch. Surg. 81, 953, 1960.

108- VIGONI M.- La prévention de la douleur en chirurgie anale.- Bruxelles Méd., 28 Oct. 1945, N° 20, 939-943.

109- VIGONI M.- Une affection rectale peu connue : la "Proctalgia Fugax".- Bruxelles Méd., 6 Avril 1952, 32, N° 14, 709-713.

110- VIGONI M.- Rôle de la chirurgie dans le traitement des affections douloureuses d'origine nerveuse ou psychique de la sphère ano-rectale.- Acta gastro-entérol. belg., Août-Sept. 1965, 28, N° 8-9, 631-639, 6 fig.-

111- VINCENT Y.- C.R. Soc. Biol. 1959, 153, 1825.

112- WALLIS F.C. (1909) - Ibid., 1, 94.

113- WARTMAN W.B.- The incidence and severity of arterio-sclerosis in the organs from 500 autopsies.- Amer. J. Med. Sci., 186, 27, 1933.

114- WIDMER O.- Die rectalaterien des Menschen.- Wschr. Anat. Entw. 118, 398, 1955.

115- YASUNA A.D.- Gangrenous periproctitis.- New-York, St. J. Med. 57, 2249, 1957.

116- ZANGL A.- Proctalgie Fugace.- Wien. Klin. Wschr. 20 Mars 1953, 65, Nº 12, 230-231.